

DICHIARAZIONE PERSONALE

Ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

I sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il ____/____/____

- Docente
 Personale educativo
 A.T.A.

con rapporto di lavoro a tempo

- Tempo determinato
 Tempo Indeterminato

Presso I.P.E.O.A. "E. MATTEI",

DICHIARA

sotto la proprio responsabilità, che la Visita Specialista non potrà essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio e precisamente:

il giorno ____/____/____ alle ore: ____:____.

Vieste, ____/____/____

In Fede

Visto

- Si riconosce
 Non si riconosce l'assenza per malattia
 si richiede la seguente documentazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Damiano Francesco IOCOLO